



**Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii, Transplantologii,  
Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej SUM  
Śląskie Centrum Chorób Serca**

**41-800 Zabrze ul. Marii Curie-Skłodowskiej 9**

**Kierownik: Prof. dr hab. n. med. Marian Zembala**

Biuro Koordynacji Transplantacji Serca - tel./fax (032) 37 33 722, tel. (032) 37 33 694

**ANKIETA POTENCJALNEGO BIORCY SERCA (nr rejestru \_\_\_\_\_)**

**Grupa krwi.....Rh.....**

**1. Data zgłoszenia:** ...../...../20.....

**2. Imię:** ..... **3. Nazwisko:** ..... **4. Data ur.:** .....

**5. Miejsce ur.** ..... **6. Masa ciała (kg):** ..... **7. Wzrost (cm):** ..... **8. BMI:** .....

**9. Szpital i oddział zgłaszający biorcę:** .....

.....

Adres szpitala: .....

Telefon: (.....).....

Lekarz opiekujący się chorym: ..... tel. ....

**10. Adres biorcy:** .....

    kod pocztowy: ..... województwo.....

    telefon domowy: (.....) ..... dodatkowy nr tel: (.....) .....

**11. PESEL biorcy:** \_ \_ \_ \_ \_

**12. Numer oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia:** .....

**13. Rozpoznanie kliniczne:**.....

.....

.....

kardiomiopatia niedokrwienna,

kardiomiopatia zastoinowa,

kardiomiopatia przerostowa,

Wada zastawkowa w postaci schyłkowej / jaka?.....

Wada wrodzona serca/ jaka? .....

Inne .....

**Nadciśnienie płucne:**                      TAK                       NIE

**14. Wskazania do transplantacji:**

niewydolność krążenia,

niestabilna choroba wieńcowa bez możliwości pomostowania,

nawracające migotanie komór / częstoskurcz komorowy,

inne .....

**15. Czynniki ryzyka:**

a) przebyte operacje: ..... - data:.....  
..... - data: .....

b) niewydolność innych narządów:     – płuc     – nerek     – wątroby

c) cukrzyca:     – tak     – nie    d) palenie tytoniu:     – tak     – nie

**16. Wydolność krążenia:**

NYHA I   

NYHA II   

NYHA III   

NYHA IV   

**Wydolność wieńcowa:**

CCS I   

CCS II   

CCS III   

CCS IV   

**17. Obecnie stosowanie leki:**

Lek	Dawka

Polopiryna:    TAK     NIE

Syncumar/Sintrom:    TAK     NIE     INR.....

**18. Wywiad:**

układ oddechowy: .....

.....

układ trawienny: .....

.....

układ moczowo – płciowy: .....

.....

układ nerwowy: .....

.....

układ kostno – stawowy: .....

.....

inne: .....

.....

### 19. Pomiary hemodynamiczne (ośrodki dysponujące pracownią hemodynamiki)

Data badania .....	Wyściowo	po NPS/NTG/NO/milrinonie* Max. dawka leku .....
PAm (mmHg)		
PCWP (mmHg)		
TPG [PAm-PCWP] (mmHg)		
CO (l/min)		
CI (l/min/m <sup>2</sup> )		
PVR [TPG/CO] (j. Wooda)		
BP (mmHg) pomiar krwawy		
CVP (mmHg)		
HR		

\*próbę odwracalności przeprowadzać u pacjentów z TPG $\geq$ 12mmHg i/lub PVR $\geq$ 2,5 j. Wooda

Koronarografia: TAK  data: ..... NIE

### 20. Badanie UKG: data .....(proszę załączyć wynik)

LV: EDD .....mm, ESD .....mm, EDV .....ml, ESV .....ml, EF .....%

SV ..... mm/uderzeń, LA .....mm, RV .....mm

Obecność dyskinezy: NIE  TAK  w jakim obszarze .....

Ocena zastawek:

MV ..... TV .....

AV ..... PV .....

### 21. Badania serologiczne:

HBs Ag nieobecny  obecny

anty-HCV nieobecne  obecne

anty-HIV nieobecne  obecne

VDRL nieobecne  obecne

**Badania wykonywane w Śląskim Centrum Chorób Serca po zakwalifikowaniu biorcy do transplantacji serca:**

anty-CMV nieobecne  obecne: w klasie IgG ; IgM

anty-toxoplazma nieobecne  obecne: w klasie IgG ; IgM

anty-EBV nieobecne  obecne: w klasie IgG ; IgM

### 22. Inne badania laboratoryjne:

morfologia krwi: leukocyty .....x 10<sup>9</sup>/l, erytrocyty .....10<sup>12</sup>/l, Hgb .....g/dl

Htc .....%, trombocyty .....x 10<sup>9</sup>/l,

układ krzepnięcia: APTT .....sek. INR .....

badania biochemiczne:

kreatynina .....	mg%	mocznik .....	mg%
K <sup>+</sup> .....	mmol/l	Na <sup>+</sup> .....	mmol/l
białko całkowite .....	g/l	bilirubina .....	mg %
AspAT .....	U/l	AlAT .....	U/l

23. Maksymalne wysiłkowe zużycia tlenu VO<sub>2</sub> max .....ml/kg/min

\*24. PRA.....%

25. Spirometria (opis lub wydruk badania )

26. Wynik monitorowania holterowskiego (opis lub wydruk badania )

27. Lekarz zgłaszający biorcę: .....

Data...../...../..... Podpis i pieczętka:.....

28. Zgoda pacjenta na zabieg: ..... data ...../...../.....

29. Kierownik zespołu Transplantolog: Podpis..... Data ...../...../.....

Kardiochirurg: Podpis ..... Data ...../...../.....

Lekarz prowadzący  
Kardiolog: Podpis ..... Data ...../...../.....

**UWAGA!**

*W przypadku ujemnego wyniku HBs Ag, proszę o rozpoczęcie szczepienia ENGERIXEM B (warunkiem przyjęcia do szpitala jest podanie przynajmniej 2 pierwszych dawek).*

*Konieczne jest dokonanie konsultacji wykluczających obecność czynnego procesu zapalnego lub nowotworowego(stomatolog, laryngolog, urolog/ginekolog, gastroenterolog, itp.)*

*Przyjmowany do Śląskiego Centrum Chorób Serca powinien posiadać następujące dokumenty: legitymacje ubezpieczeniową lub emeryta/rencisty, skierowanie od lekarza prowadzącego, aktualny wynik HBs Ag (ważny 3 mies.) oraz wynik posiewów z nosa i gardła w kierunku metycylinoopornego gronkowca złocistego – MRSA (ważny 3 mies.).*

Ankiety prosimy przysyłać na adres: **Biuro Koordynacji Transplantacji Serca**  
**Śląskie Centrum Chorób Serca**  
**41-800 Zabrze, ul. Marii Curie-Skłodowskiej 9**  
**Tel. 32/37-33-694, tel./fax. (032) 3733722 w godzinach od 8<sup>00</sup>-15<sup>00</sup>**  
**e-mail: b.krol@sccs.pl**

**Koordynatorzy:** Krzysztof Tkocz - Koordynator Transplantacji, tel. 0602-817-360  
Dr n med. Wojtek Saucha – Koordynator Regionalny Poltransplant tel 0605-588-881  
Mgr Bogumiła Król – Biuro Koordynacji Transplantacji

**Informacja wysłana do:**

1. Centralna Lista Biorców Narządów Unaczynionych/ Poltransplant – data ..... podpis.....
2. Informacja dla pacjenta – data: ..... podpis: .....

\* Badanie może zostać wykonane w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu.